

# Prescrizione dei test di laboratorio in medicina generale: dalla formazione sul campo al miglioramento dell'appropriatezza. Uno studio pilota

Maria Milano<sup>1</sup>, Alda Cosola<sup>2\*</sup>, Simona Martina<sup>3</sup>, Giuseppe Ventriglia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medico di Medicina Generale ASL TO3, <sup>2</sup>Psicologa, ASL TO3, <sup>3</sup>Dirigente Amministrativo, ASL TO3

## ABSTRACT

**Background.** La Regione Piemonte, con la DGR n. 16-1829 del 07/04/2011 sull'appropriatezza prescrittiva degli esami ematochimici, indicava alle ASL di inserire il protocollo tra le proprie procedure. L'ASL TO3, verificato di essere la maggior prescrittrice di tali esami, imponeva per il 2012 un progetto obiettivo obbligatorio per la Medicina Generale (MG), chiedendo di ridurre la prescrizione ad una media di 10,5 esami per paziente/anno. I Medici di Medicina Generale (MMG) non conoscevano la Delibera e l'ASL non aveva dato indicazioni rispetto agli esami a rischio di inappropriatezza. La Commissione Formazione per la MG della ASL ha sviluppato un progetto formativo 2012-2013 per i MMG per rendere accettabile e realizzabile il Progetto Obiettivo, coinvolgendo anche i medici specialisti e i Direttori dei 9 Distretti.

**Obiettivi.** Condividere le indicazioni regionali sugli esami a rischio di inappropriatezza; ridurre del 2%; la prescrizione di un piccolo set di esami di frequente prescrizione, a rischio di uso inappropriato elaborare strategie per condividere le indicazioni sull'appropriatezza con gli specialisti.

**Metodi.** Il percorso si è avvalso del modello di progettazione Precede-Proceed di Green e Kreuter, all'interno del quale l'intervento formativo ha utilizzato la metodologia didattica della formazione sul campo, accreditata sul sistema regionale ECM con 20 crediti/anno. Per ciascuno dei 430 MMG era previsto un impegno di 40 ore complessive tra lavoro individuale, in équipe ed in riunioni plenarie.

**Risultati.** Il processo formativo è stato sottoposto a valutazione di:

- **Processo:** ha partecipato il 100% dei MMG. Tutti hanno condiviso le indicazioni regionali sull'appropriatezza prescrittiva. I feedback dimostrano entusiasmo e gradimento da parte dei partecipanti.
- **Impatto:** il cambiamento delle abitudini prescrittive è dimostrato dall'apparente "effetto domino" ottenuto su tutte le prescrizioni, non solo sul piccolo set identificato dall'obiettivo formativo.
- **Risultato:** il 98% dei MMG ha raggiunto la diminuzione attesa nelle prescrizioni del set di esami considerati e ha elaborato strategie da condividere con gli specialisti. È stato mantenuto il cambiamento nel 2013.

**Limiti.** Il percorso innovativo per numero e tipologia di professionisti coinvolti, per la modalità formativa e per il risultato misurabile, non ha trovato confronto con esperienze simili e pertanto non si ha evidenza per ipotizzare il mantenimento del cambiamento oltre i due anni.

**Conclusioni.** Il progetto ha coinvolto la totalità dei MMG in una formazione coordinata e monitorata step by step, con un importante cambiamento delle abitudini prescrittive. Il risultato finale è stato superiore alle attese per due motivi: economico - con un decremento su tutte le prescrizioni superiore al 16% valorizzato in circa 3 milioni di euro - e professionale, per la profonda riflessione sull'appropriatezza e sui margini di miglioramento dell'attività professionale.

**Citazione.** Milano M, Cosola A, Martina S et al. Prescrizione dei test di laboratorio in medicina generale: dalla formazione sul campo al miglioramento dell'appropriatezza. Uno studio pilota. Evidence 2014;6(8): e1000086.

**Ricevuto** 6 maggio 2014 | **Accettato** 9 maggio 2014 | **Pubblicato** 29 agosto 2014

**Copyright.** 2014 Milano. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

**Fonti di finanziamento.** I costi del progetto, sostenuti interamente dall'ASL, senza sponsor esterni, sono stati di circa € 18.000,00 comprensivi di progettazione, organizzazione, coordinamento, verifiche e costi per le riunioni plenarie.

**Conflitti d'interesse.** Nessuno dichiarato.

**Provenienza.** Non commissionato; sottoposto a peer-review.

\* E-mail: cosolaa@gmail.com

## BACKGROUND

La Regione Piemonte con la DGR n. 16-1829 del 07/04/2011 sull'appropriatezza prescrittiva degli esami ematochimici ha richiesto alle ASL di inserire tali indicazioni tra le proprie procedure. L'ASL TO3, tra le maggiori prescrittrici di tali esami, nel 2012 definiva un Progetto Obiettivo obbligatorio per la medicina generale (MG), con l'obiettivo di ridurre la prescrizione ad una media di 10,5 esami per paziente/anno.

Considerato che i medici di medicina generale (MMG) non conoscevano la delibera e l'ASL non aveva fornito indicazioni rispetto agli esami a rischio di inappropriata né alcuna informazione rispetto alle prescrizioni dei singoli medici, la Commissione Formazione per la MG ha analizzato il progetto approfondendone alcune criticità: a seguito di un'analisi valutativa secondo il modello di Green et Kreuter<sup>1</sup>, si è stabilito di progettare un intervento formativo per i MMG da svilupparsi nel 2012-2013 con l'obiettivo di condividere e rendere realizzabile il progetto iniziale.

L'ipotesi era che una prescrizione di test diagnostici più consapevole e aggiornata da parte dei MMG attraverso un'attività formativa partecipativa che coinvolgesse anche gli specialisti, grandi induttori di prescrizioni spesso inappropriate, avrebbe consentito di ottenere risultati migliori in termini di appropriatezza, oltre a favorire una comunicazione meno conflittuale e più collaborativa tra MMG, specialisti e ASL. In rappresentanza dell'ASL e quali "intermediari culturali" interessati a raggiungere l'obiettivo mediando tra le prospettive della MMG e quelle dei medici specialisti sono stati coinvolti i Direttori dei 9 Distretti.

## OBIETTIVI

**Fase informativa:** diffondere e condividere la normativa e le indicazioni regionali rispetto agli esami a rischio di inappropriata.

**Fase formativa:** migliorare l'appropriatezza prescrittiva di un ristretto set di esami di laboratorio a frequente prescrizione e a rischio di inappropriata (PSA free, VES e PCR costantemente combinati, elettroforesi proteica e alcuni esami richiesti "per terapia estro-progestinica" cioè antitrombina III, proteina C e proteina S e test di resistenza alla proteina C attivata) mediante un percorso formativo e verificare un eventuale "effetto domino" in grado di migliorare l'appropriatezza prescrittiva in generale.

**Fase progettuale:** elaborare strategie per condividere con gli specialisti le indicazioni sull'appropriatezza degli esami di laboratorio.

## METODI

Per le sue caratteristiche di flessibilità e completezza è stato scelto il modello PRECEDE-PROCEED<sup>1,2,3</sup>. La fase

PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational Diagnosis, Evaluation*) individua evidenze, mete e criteri per la scelta dei modelli applicativi efficaci per la valutazione dell'appropriatezza di un intervento di promozione della salute. La fase PROCEED (*Policy, Regulatory, Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*) riguarda l'implementazione dell'intervento e la sua valutazione.

Il modello PRECEDE-PROCEED è strutturato in 9 fasi:

**FASE 1.** "Valutazione sociale e analisi situazionale": individuazione delle preoccupazioni della popolazione riguardanti le patologie che si intende contrastare.

Il cittadino può temere che il rifiuto espresso dal MMG circa la prescrizione di alcuni esami possa tradursi in un danno per la propria salute, che si facciano dei tagli solo per ridurre la spesa senza tenere conto del reale stato di salute dei cittadini (Sorveglianza PASSI4).

**FASE 2.** "Valutazione epidemiologica": identificazione e quantificazione dei problemi di salute che minacciano il benessere dell'individuo.

I dati regionali indicavano l'ASL TO3 tra i maggiori prescrittori di esami ematochimici. La responsabilità veniva attribuita tout-court alla MG.

**FASE 3.** "Valutazione comportamentale e ambientale": identificazione dei fattori comportamentali e ambientali relativi ai temi evidenziati nelle fasi 1 e 2 che inficino la messa in atto di comportamenti adeguati.

Dalle analisi della sorveglianza nazionale PASSI4 2007-2010, nella regione Piemonte emergeva: a) un atteggiamento remissivo di alcuni MMG, che di fronte alle pressanti richieste dell'assistito - talora indotte da specialisti - di prescrizioni di esami ematochimici, rinunciavano al ruolo attivo e propositivo nel processo di diagnosi; b) nei cittadini, in una percentuale non elevata ma comunque significativa, una rappresentazione del MMG come mero compilatore di richieste e non interlocutore privilegiato e competente per la propria salute; c) un generale malcontento da parte dei MMG, conseguente a tale perdita di ruolo, fino al burn out, rinforzato dall'isolamento professionale. In effetti l'isolamento culturale e geografico potrebbe essere una condizione operativa per alcuni MMG di questa ASL: la popolazione subisce la variabilità degli ambienti di vita che determinano differenze sia nei problemi di salute, sia nelle diverse opportunità di accesso ai servizi in 109 comuni sparsi tra territori montani, pedemontani e di pianura fino alla prima cintura metropolitana. Maggiore "consumo" di servizi e prestazioni si registra nei territori metropolitani rispetto a quelli montani e pedemontani, in cui viceversa è rinforzato il ruolo del MMG come interlocutore privilegiato e spesso unico per l'ascolto e la valutazione dei sintomi e delle malattie<sup>5</sup>.

**FASE 4.** "Valutazione educativa ed ecologica": fattori predisponenti, abilitanti e rinforzanti.

I fattori predisponenti raggruppano i fattori psicologici quali le dimensioni cognitive e affettive delle conoscenze, degli atteggiamenti, delle credenze, dei valori e le percezioni di controllo ed efficacia, che facilitano o ostacolano il comportamento e la motivazione a metterlo in atto o modificarlo. Abbiamo ipotizzato conoscenze non aggiornate o parziali del MMG rispetto alle più nuove tecniche di laboratorio che hanno modificato sensibilità e specificità degli esami ematochimici. Il gruppo di progetto era certo, inoltre, dell'esistenza di una forte induzione prescrittiva da parte degli specialisti ospedalieri, ambulatoriali e privati e si è posto il problema se questa induzione potesse essere modificabile.

I fattori abilitanti facilitano la messa in atto di un'azione rilevante per la salute da parte dei singoli individui o delle organizzazioni: sono le abilità, le risorse sociali o le barriere che possono aiutare o ostacolare i cambiamenti di comportamento auspicati. Includono anche la disponibilità e l'accessibilità dei servizi sanitari e delle risorse della comunità, le condizioni di vita che ostacolano l'azione, l'acquisizione di nuove abilità personali per modificare un determinato comportamento. Nel nostro caso includevano la DGR regionale come quadro normativo di riferimento, le riunioni mensili (contrattualmente obbligatorie) delle équipes dei MMG come occasione per confronto, discussione, riflessione e formazione orientata al cambiamento, la presenza in ASL di una Commissione Formazione per la MG e, per finire, l'obiettivo aziendale assegnato alla MG con la sua parziale declinazione in obiettivo formativo.

I fattori rinforzanti coincidono con il sostegno sociale che interviene nell'esecuzione e nel mantenimento del comportamento. Nel nostro caso includevano il coinvolgimento della totalità della MG, l'attività partecipativa della struttura dei Servizi Territoriali, della Formazione, dei Direttori di Distretto, del Controllo di Gestione e dei Direttori dei Laboratori Analisi.

**FASE 5.** "Valutazione amministrativa e politica". Prende in considerazione tutti gli aspetti tecnici, amministrativi, economici e politici che possono favorire o ostacolare la possibilità di fornire gli strumenti pratici più appropriati – individuati nella fase precedente – per l'attuazione degli interventi. Include il sostegno anche economico della Direzione Generale e della Direzione Sanitaria.

**FASE 6.** "Implementazione". Conversione degli obiettivi del programma in azioni. Gli obiettivi del progetto sono stati definiti su tre livelli: informativo, formativo, progettuale.

**FASE 7-8-9.** "Valutazione di processo, di impatto e di risultato". La valutazione si è articolata su tutti i livelli necessari:

- di processo attraverso il costante controllo in itinere della attuazione delle fasi previste, dell'efficacia delle tecniche adottate e del grado di accettazione da parte

della popolazione target (MMG);

- di impatto attraverso l'analisi finale del grado di efficacia delle tecniche didattiche adottate;
- di risultato attraverso la constatazione dell'effettivo cambiamento di comportamento dei medici.

Disegno: si è configurato come uno studio trasversale pre-post.

Setting: ASL TO3, 574.222 abitanti (2012) di cui 510.471 in carico alla MG.

Partecipanti. Tutti i 430 MMG dell'ASL TO3, i Direttori dei 9 Distretti sanitari, i Direttori dei 2 Laboratori Analisi, la S.C. Ricerca e Formazione, la S.C. Controllo di Gestione dell'ASL TO3.

Modalità didattica. È stata scelta la formazione sul campo, accreditata nel sistema ECM regionale, con 20 crediti/anno. Ogni MMG è stato coinvolto per 40 ore complessive tra lavoro individuale e incontri in équipe (peer review) e in riunioni plenarie. Le 28 équipes territoriali, composte da un massimo di 20 MMG, sono state considerate come "gruppi di miglioramento".

Strumenti. Lezioni frontali interattive, invio di bibliografia EBM aggiornata e documentazione personalizzata sui flussi dei dati da parte del Controllo di Gestione per il Self Audit e le riunioni di équipe. Dopo ogni incontro di équipe e in plenaria è stata redatta una relazione dettagliata.

Tappe di lavoro. Il percorso formativo è iniziato con un incontro congiunto delle équipes: i MMG sono stati riuniti in 9 riunioni plenarie distrettuali di presentazione del progetto, in cui è stata richiesta l'adesione; sono stati forniti i dati di prescrizione dell'anno precedente relativi al set di esami prima indicati, aggregati a livello aziendale, distrettuale, di équipe e individuale; sono state organizzate lezioni a contenuto scientifico<sup>6,7,8</sup>, incentrate sulla revisione del significato dei singoli esami alla luce dell'evoluzione delle tecniche di laboratorio e quindi alle modifiche del loro valore diagnostico.

Nelle riunioni periodiche di équipes dei successivi 4 mesi, i MMG hanno svolto un lavoro di confronto fra pari: all'analisi dei dati personali di prescrizione ha fatto seguito il confronto con quelli della propria équipe territoriale e dell'ASL. È emerso che la ricerca regionale era stata fatta sul codice fiscale dei pazienti e comprendeva anche quanto prescritto in ospedale (il 45%): dopo avere rielaborato i dati con riferimento ai codici a barre del ricettario regionale personali dei MMG, per una sicura attribuzione delle prescrizioni alla MG, l'obiettivo aziendale risultava già raggiunto, ma la MG decideva di proseguire ugualmente il percorso.

Nei successivi tre incontri in équipes sono state riesaminate le linee guida sull'appropriatezza per diversi esami ematochimici, sono stati valutati i report intermedi sull'andamento delle prescrizioni singole, di équipe e di

ASL per il primo semestre dell'anno in corso confrontate con il primo semestre dell'anno precedente; infine, sono state identificate le prescrizioni indotte e ipotizzate eventuali strategie di miglioramento.

In occasione dell'incontro finale in plenaria è stato presentato il risultato complessivo del percorso formativo per Distretti e per équipe, con i suggerimenti rispetto alle induzioni di prescrizioni emersi dalle équipe stesse. Analisi dei dati. I dati numerici sulle prescrizioni sono stati elaborati dalla S.C. Controllo di Gestione dell'ASL TO3.

## RISULTATI

**Valutazione di processo:** al progetto ha aderito il 100% dei MMG ed il 98% è giunto al termine del percorso con esito positivo. Dai verbali di équipe e dalle discussioni durante le plenarie finali è emerso l'entusiasmo e il gradimento per il percorso, in particolare per la possibilità di proporre attivamente strategie di cambiamento.

A **livello informativo** è stata condivisa la conoscenza delle normative e delle indicazioni regionali rispetto agli esami a rischio di inappropriata. Sono stati ottenuti e poi analizzati i report individuali e di gruppo iniziali, ed infine valutati a metà ed al termine del percorso.

**Valutazione d'impatto del livello formativo:** a fronte del risultato atteso della diminuzione del 2% del set di esami selezionati rispetto all'anno precedente, il risultato raggiunto è stato del -29%, un cambiamento estremamente significativo delle abitudini prescrittive (tabella 1).

**Valutazione di risultato:** valutando i risultati in termini di appropriatezza per i singoli test emerge che

- è diminuita del 56% la prescrizione del PSA free, del 10% quella del PSA totale: è possibile desumere che sia diminuita la prescrizione combinata PSA/PSA free precedentemente utilizzata in modo inappropriato come screening del tumore prostatico;
- a fronte della riduzione del 14,7% della prescrizione della PCR, la VES è stata ridotta del 37,4%: si può dedurre che sia stata preferita la prescrizione della PCR a quella

della VES;

- si è registrata una riduzione del 43% nella prescrizione del QPE e dal 14 al 21%, a seconda degli singoli esami considerati, per il set di esami per terapia estrogeno-progestinica.

Rispetto al **livello progettuale**, è risultato un effettivo cambiamento di comportamento verso il tema generale dell'appropriatezza. La profonda riflessione sul proprio ruolo professionale e sull'influenza che questo può avere sul contesto, ha condotto ad estendere l'argomento alle "soluzioni ulteriori possibili" e alla correzione del fenomeno dell'induzione della prescrizione da parte dei colleghi specialisti: sono state indicate quali aree a rischio la ginecologia, la nefrologia, la reumatologia e l'oncologia, ed è stata richiesta l'attivazione di tavoli tecnici per la definizione di linee di indirizzo condivise tra MMG, specialisti e dirigenza aziendale.

## DISCUSSIONE

Ci sembrano di grande rilevanza alcuni "valori aggiunti", emersi dall'analisi dei risultati raggiunti ed in particolare il recupero della capacità di autocritica, l'entusiasmo nel riflettere in modo condiviso (a livello delle équipe territoriali) sul proprio operato, la grande collaborazione ed il senso etico dimostrati dai MMG e la produzione di proposte concrete per superare le criticità.

Il percorso formativo descritto è continuato nel 2013, orientato al mantenimento del cambiamento: i risultati (figura 1) dimostrano il raggiungimento dell'obiettivo.

## LIMITI

Il percorso, fortemente innovativo per il numero e la tipologia di professionisti coinvolti, per la modalità formativa e per il risultato misurabile, non ha trovato confronto con esperienze simili e pertanto non si è in grado di formulare ipotesi sul mantenimento del cambiamento negli anni.

**Tabella 1.** Prescrizioni, dati annuali 2011/2012 e valorizzazione economica del set di esami del Progetto Formativo: PSA free, VES e PCR, quadro proteico elettroforetico, Antitrombina III, Proteine C e S coagulativa e test della Resistenza alla Proteina C Attivata (aPCR)

	Totale Prestazioni Ricette SSN	Valore Prestazioni Ricette SSN	Prestazioni SSN / 100 assistiti
<b>2011</b>	291.643	€ 2.036,248	57,0
<b>2012</b>	206.442	€ 1.512,777	40,4
<b>Differenza</b>	-85.201	- € 523.471	-16,6
<b>Differenza (%)</b>	-29,2%	- 25,7%	- 29,1%



**Figura 1.** Trend prescrizioni anni 2011 -2012 -2013

## CONCLUSIONI

Questo percorso formativo ha permesso di raggiungere l'obiettivo legato al progetto aziendale per la MG: per un'apparente "effetto domino" infatti, la prescrizione consapevole e appropriata sembra essersi diffusa a molti altri esami, ottenendo un risultato superiore a quanto richiesto, cioè una media ASL di 6,6 esami/paziente/anno prescritti dai MMG vs un atteso di 10,5, pari al -15,6 % di prescrizioni rispetto al 2011, risultato "valorizzato" dal Controllo di Gestione dell'ASL in € 3.163.960 per i 7 mesi reali di lavoro.

Il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, data l'inconsistenza della motivazione di natura economica (l'incentivo a favore dei MMG per obiettivo raggiunto era pari a 0,25 €/paziente) è da imputarsi esclusivamente alle ricadute positive del progetto formativo, alla sua progettazione e alla modalità di conduzione, che ha permesso, attraverso un lavoro continuo e capillare di tutoraggio e di confronto tra pari, l'adesione del 100% dei Medici di Medicina Generale dell'ASL.

## RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano: il Direttore Generale della ASL TO3 Gaetano Cosenza per aver creduto e finanziato l'iniziativa; il Direttore della SC Servizio territoriale continuità delle Cure Silvio Venuti per aver voluto e appoggiato la realizzazione dell'intero progetto; il Direttore Sanitario Luisella Cesari. Un ringraziamento particolare va ai 430 medici di Medicina generale dell'ASL TO3 per l'impegno e l'entusiasmo profuso; ai coordinatori distrettuali per il fine lavoro capillare (Enrico Bruno, Marco Canta, Vincenzo Ciciarella, Marco Marchetto, Enrico D'Alessandro, Simionetta Miozzo e Pierangela Rista); ai 28 referenti di equipe; ai Direttori dei Laboratori Analisi di Rivoli e Pinerolo (Daniela Zanella e Maria Rita Cavallo) per il preziosissimo apporto tecnico; a Simona Martina e Barbara Pociati del Controllo Gestione Dati per l'affiancamento ed il costante flusso dati fornito; ai Direttori dei Distretti per il supporto logistico e le mediazioni svolte (Lorenzo Angelone, Isabella De Marco, Marco Farina, Paola Fasano, Claudio Fonsato, Valter Girotti, Pasquale Grassano, Giuseppe Massobrio, Barbara Vinassa).

## CONTRIBUTO DEGLI AUTORI

Ideazione e disegno dello studio: Maria Milano, Alda Cosola.

Acquisizione, analisi e interpretazione dei dati: Maria Milano, Alda Cosola, Simona Martina.

Stesura dell'articolo: Maria Milano, Alda Cosola, Giuseppe Ventriglia.

Revisione critica di importanti contributi intellettuali: Giuseppe Ventriglia.

Approvazione finale della versione da pubblicare: Maria Milano, Alda Cosola, Giuseppe Ventriglia.

## BIBLIOGRAFIA

1. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th edition. New York: McGrawhill, 2005
2. Federici A, Guarino A, Serantoni G. Adesione ai programmi di screening di prevenzione oncologica: proposta di una modellizzazione dei risultati di revisione della letteratura secondo il Modello PRECEDE-PROCEED. *Epidemiologia e Prevenzione* 2012;36. Appendice 3: 1-15
3. Hannan, C, Chappelle, E, Williams-Piehot, P, Renaud J. The rationale for state efforts to address policy, legislative, and environmental change for obesity prevention. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2008;40. Suppl. 1:S22.
4. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza Passi. Disponibile a: [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi). Ultimo accesso: 29 agosto 2014.
5. Costa G. Città e Salute. Quinto rapporto, versione 7.2010. Servizio di epidemiologia sovra zonale ASL TO3 Piemonte. Disponibile a: [www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare\\_salute/workshop/Costa.pdf](http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/workshop/Costa.pdf) Ultimo accesso: 29 agosto 2014.
6. Gion M, Trevisiol C, Pregno S, Fabricio ASC. Guida all'uso clinico dei biomarcatori in oncologia: i marcatori nelle diverse neoplasie - Parte II. *Biochim Clin* 2011;35:1-4.
7. Antonozzi I, Gulletta E. Medicina di laboratorio: logica & patologia clinica. Padova: Piccin, 2012.
8. Laposata M. Medicina di laboratorio: la diagnosi nel laboratorio clinico. Padova: Piccin, 2011.